

Sebastian Hofer
Versicherungsmakler • Versicherungsfachwirt
Weinbergerstr. 3 • 84175 Gerzen
Tel. 08744 / 940 50 • Fax 08744 / 940 51
www.versicherungsmakler3000.de
E-mail: info@versicherungsmakler3000.de

Angebot für: eine Private Krankenvollversicherung eine GKV-Zusatzversicherung

Vorname _____ Familienn. _____

Adresse _____ Tel. Nr. _____

PLZ. _____ Wohnort _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Verh. Ledig Kinder Wenn ja Geburtsdatum

Selbständig Angestellt Beamter Beruf _____

Bei welcher Gesellschaft sind sie versichert _____

**Machen Sie sich bitte Gedanken welche Leistungen für Sie wichtig oder weniger wichtig sind.
Die Beiträge der PKV richten sich unter anderen an den versicherten Leistungen.**

Selbstbeteiligung € _____ Prozent _____ Mindest _____ Höchstens _____

Leistung bei Zahnbehandlung Prozent _____ Leistung bei Zahnersatz Prozent _____

Krankenhaus Mehrbettzimmer Zweibettz./Privatarzt Einbettz./Privatarzt

Krankentagegeld ab 4 Tag 8 Tag 15 Tag 22 Tag 29 Tag 43 Tag

Tagessatz _____ € Krankenhaustagegeld _____ €

Monatsbeitrag _____ € Seit wann _____ Rabatte(GV) _____

Ehepartner Geburtsdatum _____ Wo Versichert _____

Interesse für GKV -Versicherte an Zusatzversicherung

im Krankenhaus 1 Bettzimmer 2 Bettzimmer für Zahnersatz

Sonstiges _____

Pflegeversicherungstarife

Grundlage der Berechnung

	Wichtig	Unwichtig
1. Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heilpraktiker gemäß Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erstattung Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erstattung bis Höchstsatz Gebührenordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Verzicht auf Gebührenordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sebastian Hofer
 Versicherungsmakler • Versicherungsfachwirt
 Weinbergerstr. 3 • 84175 Gerzen
 Tel. 08744 / 940 50 • Fax 08744 / 940 51
www.versicherungsmakler3000.de
 E-mail: info@versicherungsmakler3000.de

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Kurtagegeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Erweiterte Kurkosten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Erstattung Kurkosten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. KT mit automatischer Dynamik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Beitragsrückerstattung - erfolgsabhängig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Beitragsrückerstattung - garantiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Krankengeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Krankenhaustagegeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Pflegezusatzversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. erweiterte Heilpraktikerleistung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Material- und Laborkosten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Naturheilverfahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Garantierte Beitragsrückerstattung und Bonussysteme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Erfolgsabhängige Beitragserstattung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sicherungsinstrumente zur Beitragssicherheit im Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Schutz im außereuropäischen Ausland | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vorsorgeuntersuchung analog GKV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Inlays | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der Versicherungs- Vermittler bestätigt hiermit, dass er keine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10% am Kapital oder den Stimmrechten eines bestimmten Versicherungs- Unternehmens besitzt. Zusätzlich ist auch kein Versicherungsunternehmen in oben beschriebener Weise an dem Versicherungs- Vermittler beteiligt. Der Versicherungsvermittler bestätigt hiermit, dass er nicht vertraglich verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte ausschließlich mit einem oder mehreren Versicherungsunternehmungen zu tätigen.

Besonderheiten

Sonstige Kundenwünsche: _____

 Vermittlerempfehlung: _____

 Risikohinweise: _____

 Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherungsvermittlers

 Unterschrift des Kunden

Der PKV-Ombudsmann tat dar für die private Krankenversicherung (PKV) zuständige außergerichtliche Streitschlichter, Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Leipziger Straße 104,10117 Berlin
 Tel: 0180 / 265 0 444, Fax: 030 / 20 45 89 31, <http://www.pkv-ombudsmann.de>